LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : Deux cas de pseudo-paralysie syphilitique (maladie de Parrot) suivis de guérison, par le Dr J. Comby. — Néphrectomie abdominale suivie de guérison dans un cas d'hydronéphrose chez un enfant âgé de 10 ans; **Clinique chirurgicale**, par le Dr A. Delétrez, de Bruxelles. — **Revue de la presse**: Ténorrhaphie et nevrorrhaphie, par le Dr A. Dandolo. — **Académie des sciences**, Séance du 16 juin 1890, présidence de M. Hermite : Election. — Influence de la transfusion péritonéale du sang de chien sur l'évolution de la tuberculose chez le lapin, par MM. J. Héricourt et Ch. Richet. — De la dose antiseptique et de la dose antipeptique de diverses substances, par M. Andréa Ferranini. — De la ressemblance entre époux, par M. Herman Foi. — **Académie de médecine** : Séance du 24 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin : Note sur la hernie ombilicale étranglée. — Remèdes secrets et nouveaux. — Des recherches relatives à la morphologie et à la pathologie des terminaisons nerveuses dans les muscles. — De la rupture totale des insertions vaginales du col de l'utérus. — Accidents de la chloroformisation. — Des mesures propres à rendre moins faible l'accroissement de la population en France. — **Société de chirurgie** : Séance du 25 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise : Pathogénie du tétanos. — Traitement de la pleurésie purulente. — Traitement du torticolis. — Statistique de 200 cas d'ovariotomie. — **Société médicale des hôpitaux**, Séance du 20 juin 1890. — Présidence de M. Dumontpallier : Traitement de la rougeole maligne par les bains froids. — Action tonique et excitante de la caféine. — **Société clinique de Paris** : Séance du 24 avril 1890. — Présidence de M. Hayem. — **Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle** : Séance du 25 juin 1890. — Présidence de M. Lagneau : Essai d'antisepsie médicale, mesures d'isolement et d'antisepsie dans un service d'enfants malades. — Les dépôts de gadoue au point de vue de l'hygiène rurale. — Revaccination obligatoire. — **Nouvelles.**

CLINIQUE MÉDICALE

Deux cas de pseudo-paralysie syphilitique (maladie de Parrot) suivis de guérison (1).

Par le Dr J. Comby

Médecin des hôpitaux.

On sait que Parrot a le premier décrit (Archives de physiologie 1871-72), *une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire.*

J'ai proposé le nom de « maladie de Parrot » (2) pour désigner cette affection curieuse et rare, autrefois confondue avec la paralysie infantile, les fractures de l'humérus, l'ostéomyélite, etc.; au grand préjudice des enfants qui en étaient atteints.

Méconnaître la syphilis en pareil cas, c'est vouer à la mort un enfant que le traitement mercuriel, employé sans retard, pouvait sauver.

Parrot a donc rendu un très grand service à la clinique infantile en dégageant ce syndrome obscur et en l'éclairant d'une vive lumière. Grâce à lui, il est possible et même facile aujourd'hui de faire un diagnostic autrefois presque impossible. Je ne pouvais donc mieux faire, avant d'entrer en matière, que de rappeler la grande part due à Parrot dans l'étude de la maladie à laquelle j'ai proposé de donner son nom, exemple qui a été suivi par Dreyfous (*Revue de médecine*, 1885), et par M. Fournier (conférences du jeudi de l'hôpital Saint-Louis, 1889).

Les observations de Parrot, si remarquables au point de vue de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique, avaient attaché à la maladie un pronostic des plus sombres. Un enfant atteint de pseudo-paralysie syphilitique était, dans la pensée de Parrot, un enfant mort.

Des observateurs assez nombreux ont fait appel de cette condamnation rigoureuse, exagérée, qui ne peut se justifier en dehors du milieu des Enfants-assistés, où l'athrepsie vient compliquer trop souvent la syphilis héréditaire.

La pseudo-paralysie syphilitique est parfaitement curable, à condition d'être reconnue et traitée promptement, et les faits de guérison vont en se multipliant dans les recueils scientifiques français et étrangers.

Je rappellerai les cas de MM. Millard, Roques (Soc. méd. des hôpitaux 1883), Dreyfous, Fournier, Laffite, Jæger (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1887).

A ces neuf cas favorables, je puis aujourd'hui en ajouter deux, que jai observés en 1889 et en 1890.

Premier cas. — Une petite fille de 3 mois, de chétive apparence, quoique nourrie au sein par sa mère, se présente le 5 avril 1889 au dispensaire pour enfants de la Société philanthropique. Il y a huit jours que cette enfant est atteinte d'une paralysie des membres supérieurs. Le membre droit, pris le premier, était, au moment de mon examen, plutôt parésié que paralysé; le membre supérieur gauche au contraire était absolument flasque et inerte, il n'exécutait aucun mouvement spontané, et quand on l'abandonnait, après l'avoir soulevé, il retombait lourdement sur le maillot comme un poids mort.

Il n'y avait pas de crépitation notable, cependant les mouvements du coude donnaient la sensation d'un léger froissement.

Explorant successivement tous les os du membre, je pus bientôt m'assurer que l'humérus était indemne et que la lésion portait sur le radius. En effet l'épiphyse supérieure de cet os présentait un gonflement considérable, sans participation des tissus mous, sans réaction inflammatoire. On avait la sensation d'une hyperostose engainant le tiers supérieur du radius gauche.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.
(2) *Progrès médical.*

Donc l'enfant était atteinte, au moment de mon premier examen, d'une paralysie absolue du membre supérieur gauche, n'intéressant que la motilité, et d'une lésion du radius.

Le lien qui unissait la lésion osseuse et la paralysie ne pouvait échapper à ceux qui connaissent la maladie de Parrot. Dans le cas particulier, le diagnostic était encore facilité par la présence de plaques syphilitiques autour de l'anus et au niveau des creux poplités.

La mère de l'enfant n'offrait aucune lésion et déclarait n'avoir jamais été malade, elle était sincère sans doute, car les exemples de syphilis latente chez les mères de syphilitiques avérés ne se comptent plus, et la loi de Colles ou Baumès se vérifie tous les jours en clinique.

Je soumis immédiatement l'enfant à l'usage quotidien de frictions sur le ventre faites avec gros comme une noisette d'onguent napolitain. Je prescrivis en outre les bains de sublimé ainsi formulés : eau chaude 30 litres, sublimé corrosif 1 gramme dissous dans un peu d'alcool, baignoire ou baquet en bois. Au bout de six jours de traitement, la main gauche présentait des mouvements, le gonflement du radius avait diminué ; au bout de quinze jours, la guérison était complète. Le traitement par les frictions mercurielles fut continué et au bout de quelques mois je le remplaçai par le sirop de Gibert (une cuillerée à café par jour).

Deuxième cas. — Une fillette de 3 mois 1/2 est apportée au dispensaire le 19 mars 1890 ; M. le Dr Lesage, qui m'avait honoré de sa visite, a pu examiner cette enfant avec moi Nourrie au sein par sa mère âgée de 34 ans, bien portante, l'enfant était pourtant pâle, chétive, amaigrie. Elle avait, depuis sa naissance, un coryza attesté par l'écoulement extérieur. Elle portait en outre, sur les cuisses, plusieurs plaques arrondies, couleur jambon, entourées d'une collerette de squamules; autour de l'anus, on voyait un cercle de plaques muqueuses. Mais ces manifestations, nettement syphilitiques, n'avaient nullement préoccupé la mère, et c'est pour un autre accident qu'elle venait à la consultation.

Il y a quelques jours, une paralysie est survenue presque subitement du côté du membre supérieur gauche, en dehors de toute chute, de tout traumatisme. Tandis que l'enfant remue aisément et sans souffrance le bras droit, le bras gauche pend inerte, et quand on le soulève, il retombe de tout son poids en arrachant des cris aigus à l'enfant. La lésion ici est classique, elle porte sur l'extrémité supérieure de l'humérus ; en effet on constate, du côté du moignon de l'épaule, un épaississement notable qui porte sur l'épiphyse humérale. En faisant exécuter des mouvements de rotation au bras, on perçoit avec la main, plutôt qu'avec l'oreille, une légère crépitation qui semble indiquer le décollement de l'épiphyse osseuse. Cependant il n'y a pas de déplacement.

L'exploration est très douloureuse, et pendant toute la durée de l'examen, l'enfant pousse des cris perçants qui cessent aussitôt qu'on la laisse en repos.

Les antécédents héréditaires, bien qu'incomplets (il manque l'examen et les aveux du père), ne manquent pas d'intérêt. La mère qui, pour son compte, n'aurait jamais été malade, en est à son cinquième enfant dont la syphilis n'est pas douteuse. Les quatre premières grossesses se sont terminées ainsi : deux fausses couches à 3 ou 4 mois, deux enfants à terme morts dans les premiers mois de la vie.

Je soumets l'enfant aux frictions mercurielles.

Le 21 mars, je perçois déjà quelques mouvements du côté de la main.

Le 24 mars, après cinq jours de traitement, les mouvements s'étendent à l'avant-bras et le membre ne retombe plus flasque et inerte quand on le laisse aller après l'avoir soulevé.

Le 28 mars, après neuf jours, la paralysie est complètement guérie, le membre supérieur a récupéré tous ses mouvements, l'épaule ne crépite plus, l'épaississement de l'extrémité humérale a disparu.

A partir de ce jour, j'ajoute les bains de sublimé aux frictions mercurielles, et dans quelques semaines, je donnerai le sirop de Gibert.

La relation de ces deux faits prouve que la maladie de Parrot ne comporte par elle-même aucun présage fâcheux ; son intervention au milieu des autres manifestations de l'hérédo-syphilis ne me paraît pas de nature à aggraver le pronostic.

Cette intervention ne pourrait être réellement funeste que si elle conduisait le médecin sur une fausse piste (paralysie infantile, fracture simple), qui ferait perdre un temps précieux.

Aussi ne faut-il jamais manquer, chez un enfant âgé de quelques semaines à quelques mois, atteint de pseudo-paralysie, de soupçonner la syphilis, de chercher les stigmates cutanés de cette infection héréditaire, et même, en leur absence, de soumettre l'enfant au traitement mercuriel.

En agissant promptement et énergiquement (frictions mercurielles), on a de grandes chances d'obtenir la guérison, si l'enfant se trouve dans de bonnes conditions d'allaitement, car l'allaitement artificiel et l'athrepsie qui en résulte si souvent sont les principaux facteurs de léthalité en pareil cas.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Néphrectomie abdominale suivie de guérison dans un cas d'hydronéphrose chez une enfant âgée de 10 ans,

par le Dr A. Deletrez, de Bruxelles (1).

L'observation suivante m'a paru présenter un assez grand intérêt pour être communiquée à votre Société. Les cas d'hydronéphrose sont en effet très rares et

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

les diverses interventions chirurgicales qu'ils ont nécessitées ont donné des résultats très variables, au point que la question des indications de la néphrectomie soit lombaire, soit abdominale,est loin d'être complètement résolue.

Le Dr Quénu,de Paris,dans un article sur « la néphrectomie » publié en 1882 dans les *Archives générales de médecine*, cite la statistique de Harris, de Philadelphie, la plus complète établie à cette date.

Elle compte 112 néphrectomies; de ce nombre 12 fois cette opération a été pratiquée intentionnellement ou non pour des hydronéphroses; elle a été en effet souvent faite accidentellement chez des malades que l'on supposait atteints de kystes de l'ovaire ou du foie.

Sur ces 12 cas on compte :

7 Guérisons, 4 morts, 1 cas douteux.

La voie abdominale fut suivie 6 fois avec :

3 guérisons, 2 morts, 1 cas douteux.

Dans ces douze observations, une seule fait mention d'un enfant de 7 ans chez lequel l'opération faite par Thornton, de Londres, fut suivie de guérison.

Bolz a publié une statistique de 121 néphrectomies dont 17 pratiquées pour hydronéphrose, avec neuf guérisons. Je n'ai pu recueillir dans la littérature médicale belge aucun cas d'hydronéphrose chez un adulte ou chez un enfant, opéré par la néphrectomie abdominale; je crois donc être le premier ayant eu l'occasion dans ce pays de pratiquer cette opération.

*
* *

Emilie P.....habitant Bruxelles,est née le 28 novembre 1879; rien à noter du côté des parents ni des frères et sœurs au nombre de huit.

Quelques mois après sa naissance, à la suite d'une chute d'après le dire de la mère, l'enfant présenta dans le dos vers la région lombaire une tumeur, laquelle disparut vers l'âge de deux ans; l'abdomen fut toujours plus volumineux que celui des autres enfants, surtout du côté droit.

A l'âge de 7 ans, l'enfant fit une seconde chute qui occasionna de vives douleurs dans l'abdomen et nécessita le séjour au lit pendant plusieurs jours; enfin l'été dernier elle tomba sur le côté droit, d'une hauteur d'un mètre environ.

A la suite de ce nouvel accident, l'enfant devint gravement malade, présenta des symptômes de péritonite et urina un liquide rougeâtre présentant une forte odeur; l'enfant se remit après quelques semaines à la suite du traitement institué par le médecin traitant. L'état général redevint ce qu'il était auparavant, c'est-à-dire assez satisfaisant; les urines reprirent leur caractère normal, mais depuis lors la tumeur augmenta sensiblement et l'appétit, déjà peu marqué, ne fit que diminuer encore.

Je vis l'enfant pour la première fois en 1889.

L'état général était bon, l'enfant ne se plaignait d'aucune douleur, les urines étaient normales.

A l'inspection, on remarquait une tumeur assez volumineuse de forme nettement globuleuse, remplissant tout le flanc droit, s'étendant au-delà de l'ombilic du côté gauche et descendant jusqu'à trois travers de doigts de l'arcade crurale droite.

La palpation donnait une sensation manifeste de fluctuation; tumeur lisse, sans bosselures; la palpation bi-manuelle, une main appliquée sur la région rénale, l'autre sur la tumeur, semblait indiquer que tumeur et rein ne formaient qu'une seule masse; la mobilité est peu marquée.

La percussion donnait une matité complète de toute la tumeur à partir de deux travers de doigts en dessous de la zone de matité du foie; dans cet espace on constatait de la sonorité.

Ce dernier symptôme me permit de conclure que la tumeur était indépendante du foie.

L'auscultation ne me fournit aucun renseignement. La mensuration donnait :

Diam. vertical. . . . . 20 centimètres.
Diam. transversal. . . . 25 —

Afin d'éclairer le diagnostic, je soumis la malade au chloroforme; je pratiquai le toucher rectal qui me permit de constater l'état de vacuité du bassin.

Je posai le diagnostic d'hydronéphrose.

Sur l'avis de M. le professeur Debaisieux qui, sur ma demande, voulut bien examiner ma malade, je fis,avec l'appareil de Potain, une ponction exploratrice qui donna lieu à un écoulement de 2.000 c. c. d'un liquide citrin.

L'analyse faite par les soins de M. Debaisieux et de mon confrère et ami le Dr Stroobant révéla :

1° L'absence totale d'albumine; renseignement précieux parce que cette substance ne manque pour ainsi dire jamais dans les kystes.

2° La présence de 3 p. 1.000 d'urée; quantité suffisante pour faire soupçonner l'origine rénale du liquide.

3° L'absence de tout élément figuré à l'examen microscopique. La ponction ne fut suivie d'aucun symptôme particulier, mais dix jours après, la tumeur avait acquis un volume encore plus considérable qu'auparavant. Je me crus alors autorisé à proposer la néphrectomie abdominale, ce qui fut accepté par les parents.

L'opération eut lieu à l'Institut chirurgical des sœurs de la Compassion, le 16 décembre.

Etaient présents : MM. les Drs Debaisieux, Jacobs Maubille, Stobbaert, Van Coillie, Malengreau de Saint-Ghislain, Wibo et Stroobant; ce dernier s'était chargé de l'anesthésie. Après toutes les précautions antiseptiques mises en usage dans les laparotomies, je fis une incision de 10 centimètres correspondant au plus grand diamètre vertical de la tumeur; le péritoine pariétal ouvert, je rencontre le feuillet péritonéal postérieur que j'incise; le péritoine est saisi autour de la tumeur au moyen de pinces à pression; j'introduis deux doigts entre la tumeur et le péritoine avec lequel elle est lâchement soudée sur une grande étendue.

Ponction sur la partie la plus saillante de la tumeur, écoulement de 25 c. c. d'un liquide citrin.

La poche vidée, une pince à kyste est appliquée sur l'ouverture de la ponction.

Au moyen des doigts, je décolle le péritoine avec assez de facilité et lie les vaisseaux qui se présentent avec des fils de soie; j'arrive bientôt au hile sur lequel j'applique d'abord une ligature en masse, puis une double ligature séparant en deux faisceaux le pédicule; j'applique au-dessus de ce pédicule ainsi formé la pince de Langenbeck et je sectionne la tumeur à quelques centimètres de la ligature au moyen du thermocautère.

Le moignon du pédicule est touché avec le couteau, chauffé au rouge sombre, recouvert d'iodoforme, puis abandonné dans l'abdomen.

L'hémostase a été parfaite; suture profonde de la paroi abdominale y compris le péritoine avec fils d'argent; sutures superficielles avec crins de Florence.

Pas de sutures du feuillet péritonéal postérieur; l'opération ayant duré une heure et demie et l'enfant ayant absorbé une quantité assez considérable de chloroforme, je n'ai pas cru devoir prolonger l'opération en pratiquant cette dernière suture; je n'ai, d'ailleurs, pas eu à regretter cette lacune.

Pendant cette journée, l'enfant n'a présenté rien d'anormal, sauf des vomissements muqueux assez fréquents dus à la grande quantité de chloroforme absorbé.

P. 90. T. 36°,8. Le soir un peu d'agitation : potion au chloral.

Le 17. T. matin, 36°,8. P. 80. La malade n'ayant pas uriné, cathétérisme amenant 300 grammes d'urine limpide. Selle semi-liquide; les vomissements ont cessé. T. soir, 37°,7. Cathétérisme, 500 grammes d'urine.

Le 18. T. matin, 37°,7. P. 100. L'enfant urine seule : 900 grammes. T. soir, 38°,4.

Le 19. T. matin, 37°8. P. 100. L'enfant a passé une nuit très calme et ne se plaint d'aucune douleur. T. soir, 38°,4. P. 120. Urines : 1.225 grammes contenant des cellules épithéliales de la vessie, des cristaux d'acide urique en grande abondance.

Le 20. T. matin, 37°,6. T. soir, 39°,6. P. 140. Une selle solide. Urines : 1.370 grammes, sédiment comprenant quelques globules blancs et énormément d'acide urique; pas d'albumine.

Le 21. T. matin, 39°,2. Ne m'expliquant pas ces températures élevées, j'enlève le pansement; rien d'anormal du côté de la plaie; pas de douleurs à la pression; aucun symptôme appréciable. L'enfant demande à manger. Régime : lait, bouillon, œufs. T. soir, 38°,4. Urines : 1.575 grammes.

Le 22. T. matin, 39°. T. soir, 39°,7. Urines : 2.350 gr.

Le 23. T. matin, 39°,7. T. soir, 39°,8. Enlèvement des sutures. Urines : 1.825 grammes.

Le 24 au 30. T. variant de 37 à 38°,6.

La malade quitte l'Institut le 2 janvier; les urines sont normales.

A partir de cette date, l'appétit commence à diminuer, dégoût pour la viande. — Régime lacté.

Le 5 janvier l'enfant est très anémiée; face pâle un peu œdématiée, muqueuses décolorées. Vin de quinquina, peptonate de fer.

Cet état persiste jusqu'au 12 janvier époque à laquelle une amélioration très marquée se produit pour aboutir à une guérison complète.

Analyse de la tumeur (rédigée d'après l'examen et les notes fournies par le Dr Depage).

Poche kystique provenant d'une hydronéphrose d'une capacité de 1.100 c. c.

La paroi externe plus épaisse en certains endroits qu'à d'autres et renfermant des parties du rein; la surface externe de la poche est déchiquetée.

La surface interne est lisse et présente 3 à 4 loges secondaires limitées par des tractus fibreux.

Examen microscopique : dilatation des canaux droits et pigmentation de grains noirs et informes dans le tissu conjonctif.

***

Je terminerai cette relation en donnant les motifs qui m'ont déterminé à adopter le mode opératoire que j'ai suivi; il diffère des procédés recommandés par les auteurs qui se sont occupés du traitement de l'hydronéphrose.

Je laisse de côté la néphrectomie lombaire impraticable dans ce cas, en raison du volume de la tumeur.

Quant à la néphrectomie abdominale, tandis que des chirurgiens préconisent l'incision latérale, le long du bord externe du muscle droit, d'autres sont d'avis qu'il y a avantage à faire l'incision médiane comme dans l'ovariotomie.

Il est impossible, ce me semble, d'établir une règle fixe concernant le mode opératoire qui variera d'après le volume et la situation de la tumeur.

En faisant l'incision sur le plus grand diamètre vertical de la tumeur, mon intention était dans le cas où mon opération n'eut pu être terminée à cause d'adhérences trop étendues, d'exciser une partie de la poche et d'en suturer ensuite les parois aux lèvres de la plaie abdominale; en un mot de suivre la méthode généralement employée dans les kystes hydatiques du foie.

Si plus tard après rétraction cicatricielle de la poche, une fistule urinaire eût persisté, j'aurais pratiqué la néphrectomie lombaire.

J'ai lieu de me réjouir d'avoir suivi cette règle de conduite, car grâce à elle, j'ai été assez heureux pour mener à bonne fin cette opération qui, je crois, eût été beaucoup plus laborieuse, sinon impossible par la voie médiane ou la voie latérale.

Bruxelles, le 23 février 1890.

REVUE DE LA PRESSE

Ténorrhaphie et névrorrhaphie par le Dr A. DANDOLO (*Gazetta degli ospitali*, 20, 23 et 27 avril 1890). — Le Dr D. fait remarquer que la ténorrhaphie remonte à la plus haute antiquité. Mais l'avènement de la chirurgie antiseptique devait en être l'apogée. Küster (1876) en annonçait les destins au Congrès de chirurgie allemande. L'année suivante Fillembaum en rapportait cinq cas. Puis vinrent les travaux de Gluck, Mollière, Missa, Tillaux, Huter, Czerny et plus récemment ceux de Polaillon, Perier, Swartz, Peyrot, Monod, etc.

Le Dr D. passe ensuite à la description du procédé qu'il emploie :

Antisepsie scrupuleuse et hémostase : il s'agit alors de retrouver le ou les moignons périphériques, puis le moignon central, qui peut s'être rétracté de plusieurs centimètres. Dans ces circonstances, on peut employer les artifices indiqués par Volkmann et Box, qui introduisent un petit crochet dans la gaine du tendon coupé. Il faut souvent faire la dilatation de la plaie pour aller à la recherche du bout du tendon : dans ce cas, le Dr D. emploie les incisions à lambeau.

Lorsqu'on a retrouvé les moignons, on les traverse avec une aiguille munie d'un fil de soie qui ensuite pourra être utilisé pour la suture. On peut ainsi continuer l'examen de la plaie. L'hémostase doit être des plus rigoureuses. Pour la suture, aiguilles courtes de moyenne grandeur, fils de catgut ou de soie. Les points de suture seront longitudinaux; tantôt on n'en fera qu'un, tantôt deux ou trois. Les moignons opposeront l'un à l'autre leur surface cruentée. On a souvent fait chevaucher les moignons l'un sur l'autre et alors le même fil qui a servi à faire le point de chevauchement était passé autour des moignons superposés et noués, comme lorsqu'on fixe ensemble deux branches de vigne.

La suture tendineuse faite, il s'agit de s'occuper du traitement du reste de la plaie. Tantôt l'auteur fait l'occlusion totale, tantôt une suture moins complète : c'est-à-dire qu'il ne réunit que les parties non contuses. Quant aux tissus contus, et dont les bords sont tailladés et paraissent peu disposés pour une réunion par première intention, on les traitera par un pansement à plat.

Pour le traitement consécutif, le Dr D. donne une grande importance à la *position* et à la *suspension*. Avec un pansement silicaté, on peut mettre et maintenir la main dans une forte flexion palmaire ou dorsale, les doigts étendus ou fléchis, le pouce fléchi sur l'éminence thénar ou au contraire en forte flexion dorsale.

La *suspension* se pratique de la façon suivante : le membre étant placé dans la position indiquée, on applique deux bandes de toile sur la face dorsale et sur la face palmaire ou, dans certains cas, sur les côtés radial et cubital de l'avant-bras, bandes que l'on fixe aux derniers tours de la bande silicatée. Les deux chefs libres, qu'on laisse fort longs, vont se nouer à l'armature du lit, de telle façon que le bras reste librement suspendu et ne prend aucun point d'appui sur le lit. La suspension n'a pas seulement un but hémostatique et antiphlogistique; elle place les muscles, et particulièrement celui dont dépend le tendon coupé, dans une inertie complète, de manière qu'il ne se produit ni secousses ni contractions fibrillaires qui pourraient troubler le processus délicat de la régénération.

Le Dr D. rapporte ensuite l'observation *d'une plaie simultanée du tendon du petit palmaire* et du *nerf médian*. Puis il résume dans un intéressant tableau l'histoire de quinze cas de ténorrhaphie pratiqués en Italie de 1887 à 1890. L. G.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juin 1890. — Présidence de M. HERMITE

Election. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un Membre libre, pour remplir la place laissée vacante par le décès de *M. Cosson*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 68,

M. Bischoffsheim obtient.....	37	suffrages
M. Rochard »	14	»
M. Laussedat »	13	»
M. Rouché »	2	»

Il y a deux bulletins blancs.

M. BISCHOFFSHEIM, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du Président de la République.

Influence de la transfusion péritonéale du sang de chien sur l'évolution de la tuberculose chez le lapin. — M. Richet présente de la part de MM. J. HÉRICOURT et Ch. RICHET une note sur ce sujet. Les auteurs ont démontré précédemment, séance du 5 novembre 1888, que si l'on fait une infusion péritonéale du sang de chien à un lapin, celui-ci acquiert une immunité plus ou moins grande contre certaines infections. Ils soumettent à l'Académie une série d'expérieuces tendant à prouver que, pour la tuberculose, l'infusion préalable intra-péritonéable de sang de chien augmente la résistance des lapins.

De la dose antiseptique et de la dose antipeptique de diverses substances. Note de M. ANDREA FERRANINI, présentée par M. A. Richet (1). — J'ai entrepris, dans le laboratoire de Physiologie de la Faculté de médecine de Paris, sous la direction de M. Ch. Richet, quelques expériences relatives à la comparaison de la dose *antiseptique* et de la dose *antipeptique* de diverses substances. J'appelle dose *antipeptique* la dose qui,

(1) Travail du laboratoire de Physiologie de la Faculté de médecine de Paris.

rapportée à un litre de liquide, empêche la transformation de la fibrine du sang en peptone par l'action de la pepsine chlorhydrique.

Pour avoir un liquide peptique très actif, et constamment égal à lui-même, je me suis servi d'une infusion de la muqueuse stomacale du porc. En faisant digérer une muqueuse pendant vingt heures à 38° environ, avec 500 cc. d'une solution chlorhydrique répondant à 5 gr de HCl par litre, on obtient la dissolution presque complète de la muqueuse, et le liquide filtré, très riche en pepsine, peut servir aux digestions artificielles. Quant à la fibrine qui devait être digérée, on reconnaissait sa digestion ou non digestion, selon qu'elle donnait ou non un précipité par l'acide azotique concentré.

Voici les résultats de mes recherches : l'effet est différent suivant que le liquide digestif employé est normal (infusion d'une muqueuse stomacale dans 500 cc. d'eau avec 5 pour 1000 de HCl) ou dilué. (On peut le diluer dans vingt fois son poids d'eau, sans abolir son activité peptonisante.)

Liquide normal

Antipeptiques à 1 pour 1000	Protochlorure et bichlorure de mercure, phénol.
Antipeptiques à 30 p. 1000	Naphtol-α, thymol, chloral, résorcine.
Non antipeptiques même à 50 pour 1000.....	Iodoforme, acide borique, sulfate de quinine, terpine, iodol, naphtol β.

Liquide dilué à $\frac{1}{20}$

Antipeptiques à 10 pour 1000	Thymol, saccharine.
Antipeptiques à 50 pour 1000	Salol, acide salicylique.
Non antiseptiques même à 50 pour 1000.....	Sulfate de quinine, menthol, terpine, iodoforme, acide borique, naphtol-β.

Dans une autre série de recherches, j'ai essayé de comparer la dose antipeptique des divers alcools, et j'ai pu constater que la puissance antipeptique des alcools est d'autant plus grande que leur poids moléculaire est plus élevé. Ainsi, à la dose de 108 gr. par litre, les alcools butylique, amylique et propylique empêchent la peptonisation de la fibrine par le liquide digestif normal, tandis que les alcools méthylique et éthylique sont, à cette dose, sans effet. Il faut diluer le liquide digestif pour voir l'action antipeptique de l'alcool éthylique à 100 gr. par litre.

La bière et le vin blanc ne troublent pas la digestion même d'un liquide digestif vingt fois dilué tandis que sur ce même liquide dilué le vin rouge paralyse la digestion à la dose de 500 gr. par litre, le vin de Marsala à la dose de 200 gr. par litre. Le café, le thé et le chlorure de sodium ne paralysent la digestion par le liquide dilué qu'à la dose de 200 gr. par litre.

Enfin j'ai observé le fait suivant, intéressant pour l'histoire chimique du suc gastrique, c'est qu'en diluant le suc gastrique (pepsine et HCl), on n'a pas les mêmes effets qu'en diluant simplement la pepsine et en ajoutant HCl au liquide dilué. Avec une pepsine très diluée, une dose de HCl égale à 5 pour 1000 est presque antipeptique, tandis que cette même dose de HCl est très favorable à la digestion quand le liquide digestif est riche en pepsine.

Il me semble qu'il y aura intérêt pour les médecins qui cherchent aujourd'hui à faire de l'antisepsie stomacale et de l'antisepsie intestinale à connaître la valeur antipeptique des antiseptiques qu'ils emploient.

De la ressemblance entre époux. — M. Hermann Fol adresse, par l'entremise de M. de Lacaze-Duthiers, une note dans laquelle il croit pouvoir déduire de ses observations les conclusions suivantes :

1° Les couples s'unissent en suivant la règle des conformités et non pas celle des contrastes ;

2° La ressemblance entre époux âgés n'est pas un fait acquis par l'effet de la vie conjugale, car cette ressemblance existe déjà au moment du mariage, à peu près dans les mêmes proportions que dans les vieux ménages.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend : 1° un mémoire sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde due à l'infection par les planchers, par le Dr Boucher, médecin major de 2e classe au 147e régiment d'infanterie à Verdun ; 2° un rapport sur les maladies épidémiques dans l'arrondissement de Châtillon sur-Seine en 1888 par le Dr Bourée ; 3° un mémoire sur la grippe dans la garnison de Sousse (Tunisie) en 1888-1889, par le Dr Frilet, médecin major de classe 4e le compte rendu des vaccinations pratiquées en 1889 au 137e régiment d'infanterie à Fontenay-Vendée, par le Dr Level, médecin major de 1re classe ; 5° un travail sur la rareté de la tuberculose dans la région de Sougues par le Dr Gervais.

M. Jaccoud présente de la part de M. le Dr Marcos Arruda, de Rio-de-Janeiro, un mémoire manuscrit sur les fièvres typhoïdes, malariennes et la fièvre jaune en 1889 à Santos et à Campinos.

M. Léon Colin dépose de la part de M. le Dr Masson médecin major de 2e classe, la relation d'une épidémie de dysenterie au 11e bataillon d'infanterie à Lyon.

Note sur la hernie ombilicale étranglée. — M. le Dr Duplouy (de Rochefort). Dans l'étranglement des hernies ombilicales, depuis l'antisepsie, les résultats de l'intervention ont été favorables, et dans les discussions récentes de la Société de chirurgie, la plupart des chirurgiens n'ont pas hésité à se prononcer pour l'intervention, contrairement à l'opinion des anciens.

Dans sa thèse, soutenue en décembre 1838, M. Barrier relève vingt-deux opérations antiseptiques dont cinq décès, depuis cette époque, j'ai recueilli onze faits nouveaux avec un seul décès. Trente-trois herniotomies ombilicales n'ont donné en somme que six décès, soit 18,2 0/0.

Voici l'histoire de deux cas qui me sont personnels. Le premier est celui d'une femme de 38 ans, qui portait une petite hernie ombilicale grosse comme une noix, sans le moindre bandage. Elle fut prise subitement, le 4 octobre dernier, de vives douleurs, d'éructations, de vomissements et de constipation opiniâtre. La tumeur tripla de volume et le ventre se ballonna.

Le taxis ayant échoué et l'état de la malade étant très alarmant je pratiquai la hérniotomie. Une anse intestinale, fortement congestionnée, fut, après avoir été lavée avec une solution mercurique, replacée dans la cavité abdominale, après que l'étranglement eut été levé. Deux masses épiploïques, fortement congestionnées, qui se trouvaient dans le sac, furent réséquées, et la cure radicale fut ensuite pratiquée.

La guérison a été complète.

Le second cas est celui d'une femme de soixante ans qui était atteinte, depuis dix ans, d'une hernie ombilicale volumineuse. Cette femme fut prise d'accidents d'étranglement, le 18 novembre dernier. Elle fut opérée comme la précédente et guérit parfaitement.

De l'examen de ces cas, il résulte que la kélotomie ombilicale s'impose au même titre que dans les autres hernies, dès que l'étranglement n'est plus douteux et que les manœuvres du taxis sont manifestement impuissantes et qu'elle doit être complétée par la recherche de la cure radicale en fermant hermétiquement le ventre comme on le fait après toutes les laparotomies.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. Marty lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des remèdes dits secrets ou nouveaux, des rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Recherches relatives à la morphologie et à la pathologie des terminaisons nerveuses dans les muscles. — M. Cornil lit un rapport sur un travail présenté à l'Académie, par MM. Babès et Marinesco (de Bucharest).

Les auteurs ont établi qu'il existe, au niveau des muscles, une grande analogie au point de vue des altérations histologiques entre les lésions causées par les microbes et celles qui résultent de toute autre cause.

Dans les myopathies primitives, MM. Babès et Marinesco ont vu que les vaisseaux des muscles étaient souvent, dès le début, atteints d'endartérite et de périartérite, que le tissu interstitiel était lui-même riche en cellules embryonnaires, que les lymphatiques étaient dilatés.

Lorsque la lésion est plus avancée, on constate une dégénérescence hyaline totale ou en bandes des faisceaux musculaires, en même temps qu'une augmentation du nombre de leurs noyaux. La lésion finale aboutit à la destruction totale de la fibre musculaire qui se fragmente, devient vasculaire et graisseuse ; parfois même, le tissu cellulo-adipeux devient abondant au point de constituer presque une véritable néoplasie, qui est souvent plus volumineuse que le muscle lui-même.

MM. Babès et Marinesco font jouer un grand rôle aux lésions vasculaires dans la pathogénie des myopathies primitives et, dans quelques cas, ils pensent que ces lésions peuvent être déterminées par des anomalies de l'innervation ; dans un cas de pseudohypertrophie musculaire, en particulier, ils ont constaté des lésions des cornes antérieures et de quelques ganglions du sympathique cervical. En outre, ils ont retrouvé, dans diverses lésions musculaires, l'hypertrophie cardiaque de l'adulte, les métrites et certaines tumeurs utérines, des lésions musculaires tout à fait analogues ; elles se caractérisent surtout par de l'hypertrophie et par la formation de disques hyalins transversaux.

Un second point, ce sont les modifications subies par les nerfs moteurs et leurs plaques terminales dans les muscles malades ; ils se sont servi dans ce but de la solution de chlorure d'or à 1 0/0 et 1 : 300, précédée de l'action du jus de citron et de la dissociation dans la glycérine formiquée.

Après la section du nerf sciatique, ils ont constaté chez le lapin, la prolifération et l'hyperplasie des noyaux fondamentaux de la plaque et la multiplication des noyaux des fibres nerveuses terminales, puis la dégénérescence de ces éléments, en même temps que la fragmentation et l'état embryonnaire des petits nerfs musculaires. Cette dégénérescence est suivie de l'apparition des faisceaux ombellés ; ce sont des nerfs de nouvelle formation qui précèdent la régénération de la plaque.

Chez l'homme, ils ont constaté des lésions de ces éléments dans diverses maladies nerveuses : *dans l'atrophie simple*, l'atrophie de la plaque, *dans l'hypertrophie simple et dans la maladie de Thomsen*, l'hyperplasie avec uniformité de la substance foncée de la plaque, *dans la fièvre typhoïde*, une simplification des plaques terminales et souvent un filament très fin à la place de la fibre nerveuse terminale, dans la *pseudohypertrophie de l'adulte*, une disparition des ramifications terminales avec prolifération des noyaux fondamentaux, *dans la sclérose amyotrophique*, une sclérose des petits nerfs musculaires avec formation de névromes fusiformes le long des nerfs ; ils ont constaté, en outre, que sur le nerf même, à côté de fibres nerveuses nouvelles, il en existe d'hypertrophiées ; mais la plupart sont tellement atrophiées qu'on les confond avec le tissu conjonctif. Ils ont vu également, dans cette maladie, des fibres nerveuses excessivement hypertrophiés, terminées par une plaque terminale colossale. Enfin, dans un cas de *polynévrite*, la plaque présentait une prolifération excessive des noyaux.

De la rupture totale des insertions vaginales du col de l'utérus. — M. Guéniot lit un rapport sur la communication faite à l'Académie le 10 juin dernier, par le Dr Thévard, de Savigny-sur-Braye. (V. *France méd.* n° 23 p. 375.)

Par l'examen de la malade, la commission, composée de MM. Tarnier et Guéniot, auxquels s'étaient joints MM. Charpentier et Budin, a pu constater.

1° Que le vagin offrait une profondeur et une amplitude normales ;

2° Que sa muqueuse était dans des conditions régulières ;

3° Que le col utérin se présentait au fond du vagin, en son lieu accoutumé, mais qu'il était presque entièrement dépourvu de saillie, le museau de tanche n'étant figuré que par un petit orifice sur le côté droit duquel on trouvait, sous la forme d'un mamelon, le vestige de l'une des lèvres ;

4° Enfin, que le détroit supérieur du bassin offrait un rétrécissement rachitique très accusé (environ 78 millimètres d'ouverture dans le diamètre promontopubien) et que l'hypogastre affaibli par la présence de la plaie, non encore complètement cicatrisée, réclamait l'appui d'une ceinture-ventrière.

De ces diverses particularités, il résulte que l'interprétation des docteurs Thévard et Deneux au sujet de l'arrachement des attaches vaginales de l'utérus ne saurait être admise. Il s'est agi, sans aucun doute, d'une large déchi-

rure de la paroi antérieure de l'utérus, à travers laquelle le fœtus a été projeté dans la cavité abdominale.

Cette manière de voir permet d expliquer naturellement toute la filiation des phénomènes, depuis la genèse des accidents jusqu'à leur complète guérison.

Accidents de la chloroformisation. — M. François Franck, répondant à la communication de M. Laborde, aborde la question de la chloroformisation. Il se borne à l'étude des troubles nerveux du début de l'inhalation, et il donne les conclusions suivantes :

« *a*) Les accidents nerveux cardio-pulmonaires de l'irritation des premières voies respiratoires par la vapeur de chloroforme peuvent être graves par eux-mêmes, indépendamment de toute lésion préalable du cœur ou du poumon, surtout si les troubles respiratoires affectent la forme inhibitoire ;

« *b*) Les accidents cardiaques ne semblent pas aggravés par les lésions mitrales simples, sans myocardite, sans congestion pulmonaire, pas plus que par l'insuffisance aortique légère si le myocarde est normal ;

« *c*) Ils prennent une importance beaucoup plus grande dans l'insuffisance aortique très large, en raison des troubles circulatoires pulmonaires qui les accompagnent ;

« *d*) Ces accidents cardiaques sont plus redoutables encore dans les cas d'altération nutritive du myocarde ;

« *e*) Ils se présentent avec leur maximum de gravité dans l'insuffisance aortique très large, surtout si celle-ci coexiste avec une myocardite qui diminue la résistance du myocarde ; ici le cœur peut être brusquement frappé d'une inhibition irréparable ;

« *f*) Les accidents respiratoires spasmodiques que produit l'irritation de la muqueuse naso-laryngée peuvent déterminer la mort chez les animaux dont le champ respiratoire est déjà notablement restreint par des lésions pleuro-pulmonaires étendues ;

« *g*) Parmi les moyens préventifs proposés contre ces accidents nerveux réflexes de l'irritation initiale, outre les précautions obligatoires, l'insensibilisation de la muqueuse naso-laryngée par la cocaïne paraît appelée à rendre des services sans exposer à aucun accident.

« Je n'oserais en dire autant des anesthésies mixtes ; surtout de la combinaison de la morphine et du chloroforme que j'ai vu souvent amener la mort à bas bruit, par extinction graduelle des mouvements respiratoires. »

Des mesures propres à rendre moins faible l'accroissement de la population en France. — M. Lagneau lit un travail sur ce sujet.

Les mariages deviennent de moins en moins nombreux. Depuis 1884, le nombre des mariages n'a pas cessé de décroître ; en 1888 on ne compte plus qu'un mariage sur 138 habitants. L'âge moyen du mariage est de 25 ans pour les garçons, 23 ans 5 mois pour les femmes. Dans la Seine cet âge moyen est de 25 ans 8 mois pour les garçons, 23 ans 7 mois pour les femmes, il est moins élevé dans les autres agglomérations urbaines ; moins élevé encore dans les populations rurales.

Dans les conditions normales, dans celles où se trouvent les ouvriers des campagnes, le mariage est plus tardif ; d'autre part dans les villes il est plus tartif encore pour deux raisons. Les frais occasionnés par le mariage sont une des causes de ce retard ; pour les jeunes gens le service militaire retarde également le mariage.

L'émigration des ouvriers des campagnes dans les villes retarde le mariage, par exemple, dans la Creuse où cette émigration est très considérable.

Le célibat prolongé est une cause de débauche et d'alcoolisme pour les jeunes gens qui vont prendre leurs repas au cabaret. Il éternise les habitudes vicieuses et favorise la prostitution.

Le nombre de naissances pour chaque femme nubile diminue de plus en plus tandis que la natalité illégitime augmente constamment depuis le commencement du siècle, surtout dans les grandes villes, comme à Paris. A Besançon il y a 20 naissances illégitimes sur 100 naissances totales.

Notre faible natalité tient-elle au peu de fécondité de la population ? Dans la Seine, sur 10.000 ménages sans enfants, 1.114 les auraient perdus antérieurement au recensement. Beaucoup de mariages ne deviennent stériles qu'après avoir eu un ou deux enfants. M. Napias croit pouvoir attribuer la stérilité au peu de durée du séjour des femmes dans les maternités ; M. Pinard l'attribue au grand nombre des maladies utérines.

Une notable proportion des cas de stérilité dans les ménages peut être attribuée aux maris, un tiers environ, d'après le professeur Pajot.

La restriction apportée à la population par le célibat religieux est peu considérable ; il n'en est pas de même des restrictions volontaires dans les ménages. Ce ne sont pas les populations pauvres qui limitent volontairement leur natalité, ce sont surtout les populations riches qui limitent d'avance le nombre de leurs enfants d'après leurs besoins naturels ou artificiels ; les pères veulent assurer à leurs enfants une position au moins aussi heureuse que celle dont ils jouissent eux-mêmes.

A Paris le nombre des enfants naturels reconnus est beaucoup plus considérable dans les arrondissements excentriques que dans les arrondissements du centre de la ville. Dans les arrondissements excentriques, en effet, les relations ont généralement lieu entre personnes de même condition, tandis que dans les autres les naissances illégitimes résultent généralement de relations entre des hommes riches et des jeunes filles pauvres et dans ces conditions les enfants ne sont pas reconnus.

M. Lagneau continuera sa communication dans sa prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Pathogénie du tétanos. — M. Tachard rapporte des expériences faites par M. Valjean et décrites dans la *Gazette de Picardie*. L'inoculation du pus d'un tétanique ne produisit rien, tandis que le corps étranger qui fit la blessure causa des accidents tétaniques à un cobaye. On ne trouva pas dans le pus le bacille de Nicolaier.

Traitement de la pleurésie purulente. — M. Routier fait remarquer que dans les cas de péritonite tuberculeuse avérée la mort à toujours été produite par des accidents pulmonaires sans manifestation nouvelle du côté du péritoine. Cette opération est donc utile et donne surtout de bons résultats dans les cas de péritonite avec épanchement. Il a relevé 90 cas de laparotomie pour cette maladie et il

n'y a eu que six morts. Les survies ont été longues; puisqu'une malade de Spencer Wells vivait encore 26 ans après l'intervention.

M. Schwartz a fait une observation semblable chez une femme de 44 ans à toute extrémité et qui n'excrétait plus que 260 cent. cubes d'urine par 24 heures avec 6 grammes d'urée. Le deuxième jour après l'opération les urines se mesuraient par un litre et demi. Ce fait est curieux au point de vue de l'action mécanique de l'ascite. Celle-ci disparue, les urines sont redevenues normales.

M. Nimier lit un rapport sur les instruments présentés par M. de Mooij, médecin militaire hollandais. Il s'agit d'appareils à fractures en bambous qui ont donné à l'auteur d'excellents résultats aux Indes et d'un trépan dont la pyramide tirefond se relève automatiquement et entraîne la rondelle osseuse dès que celle-ci est détachée.

Traitement du torticolis. — M. Kirmisson fait un rapport sur une opération de ténotomie à ciel ouvert faite pour un torticolis du faisceau sternal du sterno-mastoïdien, par M. Phocas. L'année dernière M. Kirmisson a présenté à la Société un jeune homme opéré par lui de la même façon et auquel il avait appliqué, comme M. Phocas, l'appareil dit de Sayre, composé d'une couronne et de tubes en caoutchouc prenant point d'appui sur cette couronne et sur le thorax.

La ténotomie à ciel ouvert est un progrès à cause des dangers de la ténotomie sous-cutanée, toujours un peu aveugle et surtout insuffisante. De plus, l'appareil de Sayre est excellent et il faut l'appliquer tout de suite.

M. Phocas a aussi adressé à la Société deux opérations de pieds bots paralytiques chez deux enfants dont le premier avait un pied creux équin et une paralysie bien nette du jambier antérieur. Il fut guéri par les manipulations quotidiennes, et le second un pied équin complet survenu à la suite de convulsions. M. Phocas fit la section sous-cutanée du tendon d'Achille, réduisit la difformité, appliqua un appareil plâtré et guérit son malade.

Cette pratique de la réduction immédiate de la difformité, avec l'application d'un appareil plâtré aujourd'hui adopté par M. Kirmisson, est recommandée par les principaux orthopédistes étrangers et donne d'excellents résultats.

M. Berger fait observer que la ténotomie à ciel ouvert donne une cicatrice disgracieuse pour les jeunes filles. De plus il ne lui est pas démontré que la ténotomie sous-cutanée soit dangereuse. Celle du chef sternal notamment est très facile et il l'a faite des parties profondes vers les parties superficielles. Il ne réserverait donc la ténotomie à ciel ouvert que pour les torticolis complexes.

M. Verneuil trouve l'observation de M. Berger juste, surtout parce que la cicatrice remonte avec l'âge. La ténotomie sous-cutanée pour le chef sternal est suffisante; mais le chef claviculaire si souvent contracturé est très difficile à sectionner à cause des expansions fibreuses qu'il reçoit de tous les côtés. Dans ces conditions avec la ténotomie sous-cutanée, le redressement est insuffisant et on est obligé de se servir d'appareils, aussi se range-t-il à la ténotomie à ciel ouvert dans un très grand nombre de cas.

M. Tillaux ne peut pas consentir à l'abandon de la méthode sous-cutanée qui est quelquefois si facile et si utile. Quant à l'application immédiate des appareils après la section tendineuse, il se permet de faire remarquer qu'il y a vingt-deux ans qu'il a fait un mémoire dans lequel il recommande absolument cette pratique.

M. Verneuil pense qu'il y a deux choses, l'application immédiate de l'appareil à laquelle il se range avec réduction ultérieure et en plusieurs séances de la difformité, et le redressement immédiat de l'attitude vicieuse qui nécessite le chloroforme et pour laquelte il se montrerait plus réservé.

M. Kirmisson répond qu'une cicatrice linéaire au cou ne peut pas être de nature à faire renoncer à une méthode qui a l'avantage de donner un résultat complet et qui, quoique faisant une petite cicatrice, est préférable puisqu'elle corrige complètement l'attitude, ce qui est rare avec la ténotomie sous cutanée. Il n'a pas voulu dire qu'il fallait toujours employer la ténotomie à ciel ouvert mais seulement dans les cas de rétraction du sterno-mastoïdien; car M. Farabeuf a bien montré les multiples insertions de ce muscle à la clavicule et les expansions fibreuses dont parlait tout à l'heure M. Verneuil. Il regrette d'avoir omis de citer le nom de M. Tillaux, mais il ne connaissait pas son travail. Enfin, dans sa pratique, il réalise immédiatement le redressement et applique un appareil plâtré.

M. Berger fait remarquer qu'il sectionne le sterno-mastoïdien à un travers de doigt au-dessus de la clavicule, là où les fibres sont bien groupées.

Statistique de 200 cas d'ovariotomie. — M. Terrillon lit la statistique des ovariotomies qu'il a pratiquées depuis huit ans. Dans le premier cent il a eu 12 décès et n'en a eu que 4 dans sa seconde centaine d'opérations, ce qui tient à sa nouvelle pratique de lavage de la cavité péritonéale à l'eau filtrée et aussi à la précaution de faire bouillir ses instruments pendant dix à vingt minutes.

Dans la dernière séance, du 18 juin, M. Bazy, chirurgien des hôpitaux, a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

E. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juin. — Présidence de M. Dumontpallier

Traitement de la rougeole maligne par les bains froids. — M. Dieulafoy. J'ai rapporté récemment l'histoire d'une jeune fille qui, dans la convalescence d'une rougeole, avait été prise d'accidents adynamiques, particulièrement graves, hypertoxiques et que j'avais traitée et guérie par des bains froids.

Voici un autre cas très analogue. Une jeune fille de dix ans, déjà grande et paraissant en avoir quatorze ou quinze, présenta un jour à la face une éruption qui se généralisa le lendemain. M. Blache qui vit alors la malade, le 10 mai, ne trouva aucun état général, pas de fièvre, pas de perte d'appétit, pas de catarrhe des muqueuses. Il pensa avoir affaire à un érythème de nature indéterminée, à une éruption morbilliforme. Deux jours après, tout disparaissait, la jeune fille allait tout à fait bien. Mais le 18 mai elle eut un peu de toux, le 19, au matin, de l'enrouement et en même temps quelques râles sibilants disséminés des deux côtés, pas de fièvre. Le 20, légère rougeur de la gorge, l'enfant avait mal dormi. Les jours suivants, le catarrhe occulaire et nasal s'accuse.

Le 23, apparaît une éruption nouvelle nettement rubéolique, s'accompagnant d'un état général grave, 40°, agitation alternant avec une somnolence voisine du coma

avec cela 70 respirations, la journée et la nuit furent mauvaises.

Le 24, je fus appelé en consultation. A midi je trouvai une angoisse respiratoire très grande, 80 respirations, un pouls à 145, une température de 40°, une agitation excessive, presque du délire, les urines étaient presque supprimées, la jeune fille rendait tout au plus, à chaque miction, deux ou trois cuillerées d'une urine ne contenant pas d'albumine.

C'étaient là des accidents hypertoxiques. Je proposai les bains froids. Pour satisfaire aux appréhensions de la famille, je donnai seulement un bain à 26° au lieu de 24°, et de 12 minutes de durée au lieu d'un quart d'heure. Pendant le bain je laissais pourtant la température de l'eau s'abaisser jusqu'à 24° et je fis des affusions froides sur la tête. L'état s'améliora un peu : 37°5,70 respirations.

Deuxième bain à 5 heures, un peu plus frais et d'une durée d'un quart d'heure, avec affusions froides sur la tête. La température, qui était remontée à 40°, revenait à 39°5 également, il y avait une amélioration, mais très légère.

Troisième bain à 9 heures dans des conditions analogues ; mais à ce moment j'entendis à droite un foyer de râles fins qui me faisait craindre de la broncho-pneumonie. Après un peu d'hésitation je me décidai à continuer les bains froids et bien m'en prit.

A deux heures du matin, quatrième bain. La température était encore à 40°, l'agitation était extrême, pas d'urine, pouls 140. Mais après ce bain il y eut une amélioration plus grande, la température tomba à 39° et surtout la malade eut une évacuation abondante d'une urine claire et limpide. La peau devenait moite et la malade s'endormait, la respiration n'était plus que de 55 et le pouls de 125.

Cinquième bain à 5 heures du matin, 39°5 avant le bain, 38°2 après, cette fois amélioration très considérable, sommeil.

A 8 heures du matin, le 25, quand je vis la malade, je cherchai les râles de la veille craignant de trouver un souffle, ils avaient presque disparu.

Sixième bain à 6 heures du soir, la température descend de 39° à 38°2 ;

Le 26, la température était au-dessous de 38°, et à partir de ce moment la guérison était assurée.

En somme, nous avions eu affaire à une rougeole qui avait été précédée d'une éruption particulière, prémorbillaire. Il y a plusieurs remarques à faire. La première, c'est que le bain froid a fait réapparaître les urines. C'est là une des actions les plus constantes et les plus favorables des bains froids dans toutes les maladies adynamiques. Ma malade a uriné un litre ou un litre et demi. Cette sécrétion urinaire a une importance pronostique très grande dans toutes les maladies infectieuses.

Cette enfant semblait marcher vers des accidents pulmonaires, on aurait pu craindre que l'eau froide ne fît apparaître une broncho-pneumonie déjà menaçante. Il n'en a rien été, peut-être même a-t-elle atténué les accidents. En présence de broncho pneumonie, ou de pneumonie à forme infectante, je crois qu'il n'y aurait pas à hésiter à employer les bains froids. Je viens de le faire avec succès, chez un malade atteint de pneumonie à forme ataxo-adynamique, et je compte vous en parler un de ces jours.

Enfin, quel effet a le bain froid sur l'éruption de la rougeole? Chez mon premier malade je n'avais pu le savoir, puisque l'éruption avait déjà disparu au moment où sont survenus les accidents graves. Chez celle ci l'éruption était dans son plein, elle était confluente au moment où les bains ont été appliqués. Or, à la suite du bain, l'éruption pâlissait pendant 15 ou 20 minutes, puis elle réapparaissait. En somme, la durée de l'éruption a été exactement la même que dans toute rougeole. Le bain ne risque donc pas de faire rentrer l'éruption.

M. Féréol. Cette méthode des bains froids est excellente. Autrefois on objectait que, chez les typhiques, le bain froid risquait de donner de la congestion pulmonaire. C'était une crainte purement théorique. Actuellement, il ne faut pas s'y arrêter et, pour ma part, je vais même plus loin. J'ai deux typhiques, à la Charité, qui ont présenté des complications thoraciques inquiétantes. Je leur ai fait mettre en permanence, au niveau des lésions, des compresses froides que l'on renouvelle toutes les heures, de façon à maintenir la poitrine sous l'action continue du froid. Les râles sibilants ont disparu.

M. Huchard. Chez la malade de M. Dieulafoy, le pronostic n'était peut être pas, en réalité, aussi sombre qu'il le semblait. Il y a des accidents pseudo-graves au début de la rougeole. Il y a 7 ou 8 ans, j'ai vu une petite fille qui présentait tous les symptômes d'une rougeole à la période prodromique. Au moment où l'éruption, très confluente, se fit, elle fut prise d'une dyspnée intense avec fréquence considérable du pouls, langue sèche. Inquiet, je priai M. Millard de venir la voir. Il reconnut la rougeole comme moi, mais porta un pronostic moins désespéré que moi. Il avait vu des cas analogues. Il prescrivit un traitement très simple et la malade guérit très bien.

Depuis j'ai vu des malades avec des accidents semblables, avec des phénomènes congestifs du côté de la poitrine et qui ont guéri par une médication très ordinaire. Peut être les accidents dont vient de nous parler M. Dieulafoy n'étaient-ils pas aussi graves qu'ils le paraissaient et ne nécessitaient-ils pas l'emploi de bains froids.

Autre point. La malade a eu deux éruptions, probablement une roséole d'abord et la rougeole ensuite. J'ai vu le même fait chez une jeune fille dont la première éruption fut observée par M. Petit. Quatre jours après, cette enfant avait la plus belle éruption de rougeole qui soit. Je me demande si, en effet, dans ces cas, il n'y a pas deux maladies successives.

M. Rendu. Ce qu'a dit M. Féréol me rappelle une discussion qui a eu lieu à la Société de médecine de Berlin sur le traitement de la pneumonie par les applications de glace. Les statistiques données étaient tout à fait favorables, à la condition qu'on les fît d'une façon permanente sans se relâcher du traitement.

Pour les fièvres éruptives, le meilleur de tous les traitements c'est de les tremper dans l'eau froide.

J'ai étendu cette méthode aux affections thoraciques. Au début, par prudence, j'ai choisi des pneumonies franches, pas très graves, et dans ces conditions il m'est arrivé d'obtenir, chose rare chez l'adulte, des défervescences au 5e jour.

M. Antony. Dans les pays chauds, les pneumonies sont très redoutables, la mort survient dans les deux tiers des cas.

En présence de ces résultats déplorables, je n'ai pas hésité à faire des applications de glace. J'ai traité ainsi 4 pneumoniques paludéens dans d'aussi mauvaises condi-

tions que les autres malades des colonies, et ils ont guéri tous les quatre.

M. Sevestre. Je n'ai jamais donné de bains froids dans la rougeole, mais j'ai souvent donné des bains tièdes, qui agissent très bien.

M. Dieulafoy. Il est difficile de dire où commence un bain froid et où commence un bain tiède.

Cependant on s'entend. 27° par exemple, c'est un bain tiède, les malades trouvent cette température agréable, à 18° ils frissonnent, c'est un bain froid. En général, je ne descends même pas jusque-là, je vais jusqu'à 22°, cela fait ce que j'appellerais un bain frais. Entre 32° et 22° il y a une notable différence, et l'état des malades s'en ressent. C'est surtout la sécrétion urinaire qui est influencée par les bains froids. Ainsi je donnais des bains à 25° à un typhique sans pouvoir le faire uriner, je lui en donnai un à 22° et il urina. Les bains tièdes améliorent l'état du malade, et puis c'est un traitement de complaisance, une concession faite aux craintes des familles, mais ils ne sont pas assez énergiques. En cas de maladie infectieuse grave, vraiment maligne, le mieux est de mettre le malade dans l'eau froide.

M. Sevestre. Ce n'est pas par complaisance que je mettais mes enfants assistés dans un bain tiède, c'est parce que je crois que c'était suffisant. Le bain tiède donne une amélioration notable, il provoque la transpiration, l'urination ; mais dans une forme maligne je n'hésiterais pas à donner des bains froids.

M. Cadet de Gassicourt. Dans les états adynamiques, il faut les bains froids ; les bains tièdes à 28° sont insuffisants, on le voit bien quand dans une famille on est dans l'impossibilité de faire accepter les bains froids. Mais je partage l'avis de M. Dieulafoy, qu'il ne faut pas les donner systématiquement dans toute rougeole, scarlatine ou fièvre typhoïde, il faut que ces maladies s'accompagnent d'accidents graves.

M. Juhel-Rénoy. Déjà Liebermeister a démontré, par ses statistiques au sujet de la fièvre typhoïde, que le bain froid était notablement supérieur au bain tiède.

Action tonique et excitante de la caféine. — M. Henri Huchard. L'application de la caféine aux états adynamiques, est de date déjà ancienne et, dès 1871, dans mon travail en collaboration avec M. Desnos, sur la myocardite varioleuse, je disais que la caféine « agit sur la fibre cardiaque au même titre que l'électricité sur un muscle paralysé », je rappelais aussi l'observation d'une variole dont « l'état général se releva promptement par la médication caféique ».

Vers cette époque et quelques années avant, de 1863 à 1866 et 1876, les auteurs (Kochlakoff et Botkin, Jaccoud, Gubler, etc.), n'avaient en vue que l'action cardiaque et diurétique de la caféine, et celle-ci n'était prescrite qu'à des doses insuffisantes. J'en ai fixé la posologie et j'ai démontré, en 1882, en même temps que Lépine, que la caféine agissait seulement à la condition d'être prescrite à la dose de un à trois grammes.

En 1883, à la *Société de Thérapeutique* et dans les thèses de Leblond sur la caféine et de Monnet sur la kola, j'ai démontré et utilisé pour la première fois l'action tonique et excitante de la caféine, action sur laquelle j'ai maintes fois insisté et que je veux démontrer une fois de plus aujourd'hui.

J'ai obtenu des effets remarquables par l'emploi des injections de caféine dans les fièvres typhoïdes les plus graves, dans certaines rougeoles malignes, dans les pneumonies graves des vieillards et des débilités, et aussi dans le diabète, en résumé dans tous les états adynamiques. En un mot, la caféine agit triplement, comme tonique général, comme tonique cardiaque et comme diurétique ; de plus, il est bien certain qu'elle doit la plupart de ses succès à son action *musculaire*, entrevue et démontrée dès 1867 par Gentilhomme, de Reims, et par Méplain.

Dans les pneumonies graves des vieillards et des débilités, l'insuffisance du myocarde constitue une complication redoutable. Dans ces cas, la caféine produit des effets remarquables en fortifiant le cœur, en relevant l'état général et en assurant la diurèse.

Chez les diabétiques, l'action musculaire de la caféine trouve d'heureuses application, surtout contre les accidents graves provoqués par l'intoxication acétonémique

Cette action remarquable de la caféine sur tous les états adynamiques doit être prise en très sérieuse considération. Elle a pour corollaire son utilisation contre la fatigue.

M. Desnos. Ces injections sont très douloureuses, et elles déterminent souvent des abcès.

M. Henri Huchard. Ces injections sont bien moins douloureuses que celles d'éther, par exemple, et elles le sont d'autant moins que l'on fait pénétrer plus profondément le liquide dans l'hypoderme. Alors la douleur est si légère qu'elle est négligeable.

Depuis plus de huit ans que je pratique ces injections, souvent à la dose de sept ou huit par jour, je n'ai jamais eu que deux ou trois abcès. Par conséquent, ces deux objections tombent d'elles-mêmes.

Je rappellerai encore les deux formules que j'emploie : la première (solution faible) est au benzoate de soude, elle renferme 20 centigrammes ; la seconde (solution forte), est au salicylate de soude, elle renferme 40 cent. de principe actif par seringue de Pravaz. Le benzoate de soude et le salycilate de soude sont destinés, dans ces formules, à assurer la solubilité de la caféine. J'emploie de préférence la solution forte.

Solution faible :

Benzoate de soude....	3 gr.
Caféine.....	2 »
Eau distillée.....	6 »

Faites la solution à chaud.

Solution forte :

Salicylate de soude....	3 gr. 10
Caféine.....	4 »
Eau distillée.....	6 »

(Ou q. s. pour 10 c. cubes.)

Faites la solution à chaud.

Chaque seringue de Pravaz contient 40 cent. de caféine. Injecter quatre à huit seringues entières par jour.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 24 avril 1890. — *Présidence de* M. le Professeur Hayem.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. après la présentation par M. Gaillard, de quelques remarques supplémentaires au sujet du cas de diabète infantile dont il a parlé antérieurement.

M. Gaillard annonce que le malade va sensiblement

mieux et il apporte un examen complet des urines qui sera joint à son observation.

M. Bottentuit lit au nom de M. Deletrez, membre correspondant de la Société à Bruxelles, une observation de néphrectomie abdominale chez un enfant de 10 ans, suivie de guérison.

M. Besançon lit, au nom de M. Haudjian une observation ayant pour titre : Phlébite multiple, endocardite infectieuse, embolie pulmonaire, guérison. (V. *France méd.*, n° 24, p. 369.)

M. Girode. Il ne me semble pas que la nature infectieuse des accidents qui viennent d'être rapportés ressorte d'une façon assez nette : on ne trouve aucune affection microbienne antécédente à laquelle on puisse les rattacher. Au contraire, le malade présentait des varices très développées, qui ont peut être été le départ, à titre de complication simple et non infectieuse, des lésions observées. On a peut-être trop de tendance à chercher toujours une infection dans les accidents de cet ordre. Dans la dernière séance, M. Gauchas parlait d'un cas de phlébite double des membres inférieurs chez un premier sujet, ayant eu une ébauche de grippe 3 mois auparavant, et il tendait à faire de cette phlébite une complication éloignée de la grippe, à rapprocher des nombreux accidents suppuratifs engendrés par cette maladie. Or, j'ai été amené à faire l'examen bactériologique du sang chez ce sujet. Une quantité suffisante de sang a été extraite dans un point qui était le siège d'une poussée phlébitique récente et a servi à ensemencer largement divers milieux. Ces milieux sont restés stérile. Il y avait cependant une reprise des accidents généraux et de la fièvre qui avaient d'abord fait penser à un état infectieux.

M. Hallopeau. Certains des accidents signalés par M. Handjian, le purpura, les localisations cardio-pulmonaires, éveillent l'idée d'infection, d'autant plus que la maladie évoluait en décembre, en pleine épidémie grippale : il y aurait peut-être à chercher dans cette voie la condition pathogénique. En tout cas, cette observation ne permet pas de conclusion ferme.

M. Berger. Les varices peuvent se compliquer de divers accidents locaux, phlébites simples, et même angioleucites périveineuses, qu'on prend souvent pour des phlébites. Mais depuis que l'infection purulente est passée dans le domaine du souvenir, je n'ai plus observé de ces phlébites infectieuses, qui compliquaient parfois les interventions. Il s'agit en somme, d'accidents simples locaux. De même le purpura n'est pas rare chez les variqueux ; il se cantonne, il est vrai, dans les régions dont les veines sont malades. En somme, la plupart des accidents dont il a été fait mention, peuvent se voir à titre de complication banale.

M. Comby fait une communication sur deux cas de pseudo-paralysie syphilitique. (Voir ci-dessus p. 401.)

M. Liandier. J'ai observé un enfant chez qui l'affection s'était localisée aux membres inférieurs. On ne percevait pas de crépitation. La pseudo-paralysie avait été prise pour un rhumatisme. Je ne trouvais rien qui confirmât la syphilis chez cet enfant : mais le père avouait des antécédents très formels. On eut recours à l'allaitement artificiel exclusif; grâce à la bonne conduite de cet allaitement, et au traitement spécifique, l'enfant guérit.

M. Hallopeau. Je me range à l'avis de M. Comby pour l'emploi des bains de sublimé et des frictions mercurielles. Mais le sirop de Gibert me paraît dangereux, car il est déjà mal supporté chez l'adulte.

M. Comby. J'emploie ce sirop tardivement, après 6 à 7 mois. Il m'a paru bien toléré par les enfants. L'iodure de potassium qu'il contient me semble compléter heureusement l'action du mercure.

M. Hallopeau. Il vaut mieux donner l'iodure de potassium seul, il est mieux supporté. Pour ce qui est du mercure, les frictions suffisent et sont sans danger : il vaut mieux s'en tenir là.

M. Balzer. J'ai observé à Lourcine deux faits de pseudo-paralysie syphilitique. Les deux enfants ont pris de la liqueur de Van Swieten sans inconvénient. L'un a guéri rapidement. Chez l'autre, comme l'amélioration se faisait attendre, j'ai pratiqué dans la fesse une petite injection d'oxyde jaune. En deux semaines, les accidents cessaient; l'injection du reste n'eut pas la moindre action fâcheuse.

M. Hayem. Je vois souvent des enfants syphilitiques à la crèche de Saint-Antoine. Ce sont des sujets débilités, dont l'appareil digestif fonctionne mal. J'ai été amené à supprimer tout traitement spécifique à l'intérieur, étant données les mauvaises conditions de ces malades. J'ai vu, comme M. Hallopeau, que le sirop de Gibert est mal supporté et je le prescris d'autant moins que je ne sais pas si l'iodure de potassium est indispensable dans la syphilis héréditaire. En tout cas, les malades infantiles que j'observe guérissent par la médication externe.

M. Comby Depuis 7 ans, j'emploie uniformément le sirop de Gibert, toutes les fois que j'administre du mercure. Je n'ai rien observé qui m'induisît à changer de préparation. Je répète que je commence par les bains et frictions, pour n'arriver au sirop qu'après quelques mois.

M. Chevallereau. Les syphilitiques héréditaires ont assez souvent très jeunes des affections oculaires; ceux que j'ai vus ont bien toléré le sirop de Gibert, et la régression de leurs lésions s'est faite régulièrement.

M. Balzer. A Lourcine, le sirop de Gibert est une des préparations mercurielles les moins bien tolérées. J'ai remplacé parfois avec avantage, dans le sirop, le biiodure par le benzoate de mercure.

M. Hayem. Je désire entretenir la société d'une forme particulière et inédite d'ictère. Mais auparavant, je crois utile de rappeler en quelques mots les notions actuellement admises sur les causes de la coloration des téguments dans l'ictère.

D'après une certaine école, la bilirubine, pigment

normal du foie, aurait seule des propriétés tinctoriales. Tous les autres pigments urinaires qu'on retrouve dans les ictères, y compris l'urobiline, proviendraient des transformations que peut subir la bilirubine imbibant les tissus.

Telle est l'opinion des auteurs allemands, et cette opinion a été soutenue en France par MM. Kiener et Engel. Or, les faits que j'ai observés m'ont conduit à une interprétation différente ; et cette interprétation est fondée en particulier sur une méthode que les observateurs précédents n'ont pas employée, l'analyse comparative du sérum sanguin et de l'urine au point de vue pigmentaire. J'ai déjà établi par là ce fait intéressant que les pigments biliaires normaux et anormaux sont fabriqués par le foie et préexistent dans le sang avant de passer dans les urines.

Dans la théorie allemande, l'étude analytique des pigments urinaires est sans importance, puisque tous ces pigments dérivent du pigment hépatique normal. Or, je pense, au contraire, que les pigments sont éliminés sous la forme où ils sont fabriqués, et que l'élimination d'un pigment anormal est en rapport avec une altération fonctionnelle ou structurale de l'organe hépatique. On voit comment cette question touche à la séméiologie du foie, et prend par là de l'intérêt, comme j'ai eu l'occasion de l'énoncer antérieurement à la Société médicale des hôpitaux dans une communication sur l'urobilinurie et dans mon ouvrage sur le sang et ses altérations.

J'ai déjà eu l'occasion d'attribuer un pouvoir tinctorial à un pigment qui est habituellement mélangé à d'autres corps pigmentaires et que j'ai désigné sous le nom de *pigment rouge brun*. Mon opinion était fondée sur ce fait que, dans certains cas, dits d'ictère hémaphéique, on trouve une grande quantité de ce pigment dans l'urine et dans le sérum sanguin, sans qu'on puisse obtenir dans l'un ou l'autre de ces liquides, la réaction de Gmelin. Il existait, dans ces faits, à côté du pigment rouge brun, une certaine proportion d'urobiline.

Je vais aujourd'hui vous rapporter deux faits nouveaux qui me paraissent établir nettement les qualités tinctoriales de certains pigments anormaux.

Le premier se rapporte à un homme de 35 ans, entré le 3 décembre 1889, dans mon service, au n° 40 de la salle Béhier. Ce malade exerce le métier de chaisier, et, dans son travail il appuie fréquemment un de ses outils sur la région épigastrique qui se trouve ainsi habituellement soumise à une pression assez violente. Pas d'habitudes alcooliques. A l'entrée, on constate que le foie est tuméfié, surtout au niveau du lobe gauche qui est tendu et présente des battements sans expansion. Au même point, souffle systolique assez intense. Gène et pesanteur à l'épigastre, pas de douleurs vives. Le reste des appareils généralement sain. Cœur normal.

Les urines sont d'une couleur rouge brunâtre, et leur teinte foncée diffère de la teinte foncée habituelle des urines ictériques. Ni les urines, ni le sérum ne donnent la réaction de Gmelin. L'étude spectroscopique indique des pigments biliaires, mais pas d'urobiline. Les garde-robes sont décolorées ; au dire du malade, elles ne l'étaient pas avant l'entrée à l'hôpital.

Après quelques jours, l'utère se fonce légèrement et les urines et le sérum du sang présentent une faible réaction de Gmelin.

A partir de ce jour, le sérum continue à présenter régulièrement cette réaction ; mais les urines renferment surtout des pigments modifiés et n'accusent avec l'acide nitrique, que des traces de pigment normal.

Le malade sort de l'hôpital et échappe quelque temps à mon observation. Il ne tarde pas à prendre une grippe assez forte qu'on traite en ville.

Vers la fin de janvier, il revient se faire examiner. A ce moment, l'ictère a diminué, mais persiste, le foie est moins gros, les battements épigastriques ont disparu; les urines renferment pour la première fois une petite quantité d'urobiline, elles ne semblent contenir que du pigment rouge brun et ne donnent pas la réaction de Gmelin.

On voit donc que chez ce malade il s'est déclaré un ictère bien caractérisé à un moment où il n'y avait de bilirubine ni dans le sang ni dans l'urine.

Comme une faible proportion de bilirubine peut être masquée dans l'urine lorsqu'il existe beaucoup de pigments anormaux, j'ai fait analyser par mon préparateur de chimie, M. Winter, deux des échantillons d'urine. Il a retiré de l'urine du début un pigment rouge brun non mélangé de bilirubine ; tandis que dans le second échantillon recueilli au moment de l'apparition de la réaction de Gmelin dans le sérum, il y avait un mélange de piment biliaire et de pigment rouge brun.

D'ailleurs il s'agit là d'une recherche relativement simple, et qui ne dépasse pas ce qu'on peut obtenir dans tout service d'hôpital. On en jugera par les remarques suivantes. Méhu qui a étudié l'urobiline, la précipitait par le sulfate d'ammoniaque à saturation et reprenait le résidu par l'alcool. L'examen spectroscopique et la recherche de la fluorescence en traitant par le chlorure de zinc ammoniacal, venaient compléter les résultats fournis par cette première manipulation. M. Winter a constaté que le sulfate d'ammoniaque précipite tous les pigments biliaires. Or, en traitant de la sorte une urine polypigmentaire et en épuisant le résidu successivement par l'alcool, puis par le chloroforme, on parvient à isoler les différents pigments.

Après cette digression, j'arrive à l'examen du deuxième cas d'ictère à pigment anormal. Ce second cas est plus intéressant encore, car il m'a permis d'isoler pour la première fois un pigment qui, je le crois, n'a pas encore été signalé dans l'urine.

Il s'agit d'un malade de la ville, qu'on avait soigné pour une colique hépatique. Je constatais un gros foie, une vésicule tendue, et un ictère assez intense ; cet ictère avait précédé de huit jours, fait important,

l'accès de colique hépatique. On retrouvait dans les antécédents du malade plusieurs atteintes de fièvre intermittente, et de plus une syphilis datant de deux ans, d'ailleurs régulièrement traitée.

Les urines avaient la couleur du sang, le malade croyait avoir de l'hématurie.

L'analyse chimique donne les résultats suivants : pigment brun jaune en masse, rouge en solution, entièrement précipitable par le sulfate d'ammoniaque en liqueur acide. La solution alcoolique ne donne pas la réaction de Gmelin et ne présente pas les caractères spectroscopiques ni la fluorescence de l'urobiline.

Quelques jours après, l'urine ne contenait plus de pigment, le foie avait diminué de volume et l'ictère était en voie d'amélioration. On voit quels renseignements l'étude méthodique des pigments urinaires peut fournir sur l'état de la fonction hépatique. M. Hayem présente un échantillon du pigment rouge extrait de l'urine de ce dernier malade et dissout dans l'alcool. La dilution a la teinte du picro-carmin.

L'étude ultérieure du pigment ainsi obtenu faite par M. Winter, à l'aide du sulfate d'ammoniaque, d'abord à saturation incomplète, puis complète, permit de dédoubler ce pigment en urobiline et en un pigment jaune ne donnant pas la réaction de Gmelin et ne présentant pas, non plus, les caractères du chromogène de l'urobiline. Ce pigment jaune anormal a été obtenu en trop petite quantité pour pouvoir être soumis à l'analyse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE
ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 25 juin 1890. — Présidence de M. Lagneau.

Essai d'antisepsie médicale. — M. le professeur Grancher reproduit, pour la soumettre à la discussion de la Société de médecine publique, la communication qu'il a faite à l'Académie de médecine dans la séance du 3 juin dernier. (V. *Fr. méd.*, n° 23, p. 360.)

M. Chantemesse. Grâce à cette méthode, M. Grancher a certainement sauvé, l'an dernier, 24 ou 25 vies d'enfants. Cela suffit pour la juger.

MM. Sevestre et A. J. Martin prendront la parole sur le même sujet dans la prochaine séance.

Mesures d'isolement et d'antisepsie dans un service d'enfants malades. — M. Deschamps lit ce travail au nom de M. Hutinel et au sien. On ne connaît pas encore nettement le microbe de la scarlatine, mais on retrouve le même germe dans la plupart des affections secondaires. Presque tous les malades chez lesquels la scarlatine n'a pas eu une marche simple présentaient des lésions des organes lymphoïdes de la gorge. Il faut donc désinfecter la gorge avec le plus grand soin, non par des gargarismes, car les enfants ne savent pas se gargariser, mais par de grands lavages à l'acide borique, l'acide phénique et le sublimé n'étant pas toujours sans danger chez l'enfant, lorsqu'ils sont employés par des mains peu expérimentées.

Le froid joue un très grand rôle dans la production de l'albuminurie, aussi les enfants ont-ils été maintenus au lit jusqu'aux quelques jours qui ont précédé leur sortie de l'hôpital. L'alimentation joue même un très grand rôle, aussi faut-il mettre les petits malades au régime lacté exclusif.

Le pavillon d'isolement de la scarlatine a été ouvert le 21 décembre 1889. Sur 48 malades entrés dans le pavillon jusqu'au 1er avril dernier, 13 doivent être éliminés pour diverses raisons ; sur les 35 malades qui restent 6 seulement ont présenté de l'albuminurie ; 2 de l'albuminurie du début, ce qui est loin des idées de Gubler qui considérait l'albuminurie du début comme constante ; 4 de l'albuminurie de la convalescence, ce qui reste encore au-dessous des statistiques de M. Cadet de Gassicourt qui la retrouve dans 1/4 des cas, alors qu'ici elle n'est que dans un 8e. Chez tous l'albuminurie a été légère, elle a duré fort peu de temps, quelques jours à peine ; dans la plupart des cas, elle ne s'est accompagnée d'aucun trouble fonctionnel ; seule une légère élévation de la température a pu indiquer qu'il se passait quelque chose d'anormal (ce qui montre la nécessité de prendre régulièrement la température des scarlatineux) et si les urines n'avaient pas été examinées avec soin, l'albuminurie eût passé complètement inaperçue. Il est à remarquer d'autre part que tous ces malades albuminuriques présentaient quelques lésions indépendantes de la scarlatine : la scarlatine seule chez un enfant bien portant auparavant ne s'est pas compliquée d'albuminurie.

Un seul cas de rhumatisme au début de la scarlatine, rhumatisme éphémère durant à peine quarante huit heures, chez une petite rhumatisante issue de père et de mère rhumatisants.

Quant à la diphtérie, toujours il s'est agi de diphtérie du début, soit que les malades soient entrés à la diphtérie avec la scarlatine, soit que de la scarlatine on les ait fait passer à la diphtérie. Mais, était-ce bien de la diphtérie, n'était-ce pas plutôt de ces angines pseudo-diphtérique du début de la scarlatine. En tous cas, des 6 enfants aucun n'est mort et il n'y a pas eu un seul cas de contagion.

Tels sont les résultats obtenus, résultats excellents, si l'on se rapporte au petit nombre de complications, à leur peu de gravité, et à l'absence de décès dus à la scarlatine.

M. Sevestre fait également à l'hôpital Trousseau des lavages répétés de la gorge. L'origine de la scarlatine, qui d'ailleurs ne leur paraît pas diphtéritique, guérit toujours lorsqu'on fait de l'antisepsie.

Lesdépôts de gadoue au point de vue de l'hygiène rurale. — M. Drouineau lit un rapport au nom du 2e comité. La gadoue forme un engrais précieux que les agriculteurs recherchent très volontiers. Elle offre deux variétés, la gadoue verte et la gadoue noire ou gadoue déjà un peu décomposée et noircie au contact de l'air. Ces deux gadoues se rapprochent du fumier de ferme au point de vue de la composition et des propriétés. La gadoue noire se transforme en une sorte de terreau et est beaucoup plus facilement utilisable ; elle est presque uniquement employée par les agriculteurs.

Les dépôts de gadoue deviennent une cause d'incommodité et même de danger dans beaucoup de villages. Ils deviennent dangereux par les infiltrations dans le sol, infiltrations favorisées par les pluies. Ces souillures du voisinage peuvent s'étendre assez loin. Lorsque les dépôts sont considérables le sol est imprégné fortement. La chaleur

développée dans ces dépôts est assez forte quoique bien moins élevée que dans les dépôts de fumiers. Les incommodités résultant du dégagement des gaz peuvent être en même temps la source de plus ou moins de dangers Comme le disait Bouley, tout ce qui pue ne tue pas ; le danger est moindre par les gaz que par les matières liquides.

On ne sait encore quelles sont les espèces de microbes qui se détruisent et fructifient dans ces dépôts de gadoue. Les boues, les eaux gazeuses et sales sont les endroits préférés de certaines larves.

La consistance des dépôts extérieurement est assez grande pour que les vents ne puissent exercer une influence fâcheuse.

Ces inconvénients sont assez sérieux pour qu'on ne puisse les oublier lorsqu'on songe à l'utilisation agricole des dépôts de gadoue.

A la campagne on rencontre des dépôts d'immondices dans les villages qui avoisinent les villes, ils sont situés le plus souvent sur le bord des routes. Ils ne sont, de la part de leurs propriétaires, l'objet d'aucun soin préliminaire. Les matières sont légèrement tassées. On laisse les détritus se consumer sur place, et au bout de deux mois environ on les dissémine sur les terres. Les manipulations faites sur les matières consommées ne dégagent pas beaucoup d'odeurs, il n'en est pas de même des manipulations de matières plus ou moins fraîches, par exemple lorsqu'il s'agit de débris de poissons.

Le décret de 1825 qui concerne les dépôts d'immondices assimile tous ces dépôts aux établissements insalubres de première classe, mais à part quelques villes qui ont de grands dépôts, les villes en général procédant par adjudication et s'adressant aux agriculteurs n'ont pas de dépôts considérables. Aussi nulle part on n'a consenti à traiter les dépôts agricoles comme des voiries de première classe. L'ordonnance du préfet de police a fixé les règles qui concernent les dépôts ruraux dans le département de la Seine, mais cette procédure ne pourrait sans danger être étendue à tous les départements.

On pourrait distinguer les dépôts agricoles des grands dépôts qui sont en réalité des dépôts commerciaux. Les adjudications de l'enlèvement des boues se font pour des périodes déterminées; on pourrait indiquer les lieux où pourraient être placés les dépôts. L'ordonnance du préfet de police statue pour toutes les espèces et comporte divers inconvénients qui n'auraient pas lieu si les dépôts étaient assimilés aux établissements de troisième classe. Cette mesure, d'autre part, ne léserait nullement les intérêts agricoles, en particulier ceux des petits propriétaires.

La gadoue ne doit pas se payer plus de 3 fr. le mètre cube au lieu de l'emploi. En moyenne il faut compter, pour un tombereau de 3 à 5 mètres cubes, deux colliers et deux hommes pendant une demi-journée. Aussi à la campagne la gadoue ne peut être estimée par les agriculteurs qu'à la condition d'être enlevée à un prix très bas. Il faut désirer que les adjudications des villes soient peu élevées et les adjudicataires nombreux pour augmenter le nombre et diminuer l'importance des dépôts ruraux.

M. Drouineau propose donc les conclusions suivantes :

1° Les dépôts d'immondices placés à la campagne et en dehors des villes doivent être divisés en deux classes :

La première comprenant les dépôts *commerciaux* destinés à des transactions constantes et dont les produits sont livrés à de nombreux cultivateurs.

La deuxième comprenant les dépôts agricoles ou ruraux et directement utilisés par les cultivateurs sur les terres qui leur appartiennent où dont ils jouissent.

2° Les dépôts commerciaux, en général considérables par leur étendue, seront assimilés aux voiries et à ce titre, qu'ils soient permanents ou temporaires, rangés dans la première classe des établissements insalubres et soumis aux formalités et aux règles que subissent ces établissements.

3° Les dépôts agricoles ou ruraux, moins importants, toujours très éloignés des villes et à proximité des villages, seront assimilés aux établissements de 3e classe et autorisés par l'administration après avis du maire et du conseil d'hygiène d'arrondissement ou de la commission locale. Les avis seront toujours demandés et non pas facultatifs.

Tous les dépôts ruraux de moins de 20 m. car. à plus de 300 mètres des habitations et 30 mètres des routes et placés de façon à n'infecter ni les puits ou fossés, ni les eaux courantes, seront affranchis de toute autorisation.

4° Les arrêtés d'autorisation comporteront les mesures d'hygiène que le lieu désigné par le déposant et les circonstances locales rendraient absolument nécessaires.

5° Les maires auront la surveillance des dépôts et assureront concurremment avec l'autorité administrative l'exécution des arrêtés d'autorisation et des prescriptions faits aux déposants.

6° En cas de contravention aux mesures prescrites, l'administration pourra faire supprimer immédiatement le dépôt.

7° Au moment des adjudications de l'enlèvement des boues et immondices des villes, les cahiers des charges feront mention des obligations qui incombent aux adjudicataires, non seulement pour ce qui concerne l'enlèvement des bourriers dans la ville et leur transport hors les murs, mais aussi pour l'établissement des dépôts dans la campagne et les déclarations administratives qui y sont relatives.

8° Aussitôt l'adjudication, les cultivateurs désignés adjudicataires devront remettre à l'autorité administrative, maire ou sous-préfet, la demande d'autorisation des dépôts avec l'indication des lieux et des surfaces qu'ils doivent occuper.

9° Les arrêtés ou les refus d'autorisation devront toujours être donnés en temps utile pour que les propriétaires de dépôts puissent soit exécuter les prescriptions à eux faites, soit chercher un autre lieu de dépôt.

Revaccination obligatoire. — M. Mangenot. Pour la première fois dans un arrondissement de Paris on a appliqué dans les écoles communales la revaccination obligatoire. Pour cela notre collègue M. Thomas, maire du XIIIe arrondissement, n'a eu qu'à appliquer un arrêté ministériel du 29 décembre 1888, portant qu'à partir de l'âge de dix ans, les enfants, pour être maintenus dans les écoles, devront être revaccinés.

M. H. Monod. Au point de vue auquel nous pouvons nous placer à la Société de médecine publique, nous ne pouvons que trouver excellente la mesure prise par M. Thomas ; nous pouvons donc, comme le demande M. Mangenot, émettre le vœu que la mesure prise par M. Thomas soit également prise dans les autres arrondissements.

La séance est levée à 10 heures et demie.

NOUVELLES

Le choléra en Espagne. — L'existence et le développement du choléra en Espagne ont obligé le gouvernement de la République française à prendre immédiatement diverses mesures. Voici d'abord deux décrets en date du 18 juin.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Intérieur,

Vu les dispositions des articles 1er et 14 de la loi du 3 mars 1882 sur la police sanitaire ;

Vu l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène,

Décrète :

Article premier. — Il est enjoint à toute personne logeant un ou plusieurs voyageurs venant d'Espagne d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur.

Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

Art. 2. — La même déclaration devra être faite par les personnes ci-dessus dénommées pour tout cas suspect survenu dans leur maison et dès l'apparition des premiers accidents.

Art. 3. — Des contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque aura contrevenu, en matière sanitaire, aux ordres des autorités compétentes.

Art. 4. — Le ministre de l'Intérieur, les préfets dans leurs départements respectifs, les maires de chacune des communes de France, sont délégués, conformément à l'art. 1er de la loi du 3 mars 1822, pour assurer l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et au *Bulletin des lois*.

La loi du 3 mars 1822 et le présent décret seront publiés et affichés dans toutes les communes du territoire de la République.

Le Président de la République française,

Sur le rapport des ministres de l'Intérieur et des Finances,

Vu l'article 1er de la loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire ;

Vu l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène,

Décrète :

Article premier. — Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation d'Espagne en France, par les frontières de terre et de mer, des fruits et légumes poussant dans le sol ou à niveau du sol.

Art. 2. — Le ministre de l'Intérieur et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 18 juin 1890. CARNOT.

Un certain nombre de postes ont été organisés sur les voies ferrées et routières à la frontière. Voici le texte des instructions remises à tous les chefs de poste :

Tous les voyageurs venant d'Espagne seront examinés. Un local sera spécialement préparé pour recevoir les voyageurs malades ou suspects.

Le local se composera d'au moins deux pièces : l'une pour les malades, l'autre pour les suspects. Dans chacune d'elles seront installés des lits en fer aussi simples que possibles, afin qu'ils soient plus facilement désinfectés.

Le poste sera muni de médicaments et d'antiseptiques.

Pour le nombre des lits, l'approvisionnement en désinfectants, en linge, etc., le directeur du poste s'inspirera des besoins locaux.

Le personnel de chaque poste comprendra un médecin-directeur, un ou deux infirmiers et des aides en nombre variable, selon l'importance du transit.

Autant que possible le médecin résidera dans la localité où se trouve établi le poste. Il devra être présent à chaque train venant d'Espagne. Si les médecins font défaut dans la région, on pourra demander du personnel à la Faculté la plus voisine. A l'arrivée de chaque train, les chefs de gare et leurs employés s'assureront que tous les voyageurs sont descendus. Ceux-ci seront conduits dans une salle où se tiendra le médecin et subiront tour à tour l'inspection. Dans l'intérêt du bon ordre et afin que personne ne puisse se soustraire à la visite, il y aura lieu de faire défiler les voyageurs entre deux barrières suffisamment rapprochées pour que deux personnes ne puissent passer de front.

Toute personne atteinte de gastro-entérite devra être retenue et soignée au poste ; toute personne qui, sans présenter des signes de gastro-entérite offrira des symptômes suspects, pourra être tenue en observation.

On remettra à chaque voyageur reconnu bien portant un « passeport sanitaire » constatant qu'il a subi la visite médicale. Il sera tenu de le présenter au maire de la localité dans laquelle il se rendra, et là il subira une nouvelle inspection et sera observé pendant le nombre de jours correspondant à la durée de l'incubation du choléra. Le maire de la localité aura été prévenu de l'arrivée du voyageur par une carte postale envoyée par le directeur du poste. Dans le cas où le voyageur aurait le choléra, il serait immédiatement isolé et traité.

La visite des bagages devra être faite avec le plus grand soin par les employés de la douane, assistés d'un infirmier du poste. Les malles seront ouvertes ; les linges sales et tous les objets pouvant être contaminés ne seront rendus à leur propriétaire qu'après avoir subi la désinfection au moyen de l'étuve à vapeur sous pression.

La fièvre jaune d'autre part paraît avoir complètement disparu en Espagne.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER. 8 à 10 pastilles par jour

MAGNÉSIE ROY, sel de magnésie alcalin soluble.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.